Aspects thérapeutiques en MPR. Notion du handicap

HMU-STAOUALI – DR .HANNACHI

LES OBJECTIFS

- **A - HANDICAP :**
- 01. Définir le handicap et le concept du handicap (selon OMS : CIF).
- 02. Acquérir la terminologie spécifique au handicap.
- 03. Utiliser les différentes échelles d'évaluations du handicap
- 04. Définir le concept de qualité de la vie.

LES OBJECTIFS

- **B - ASPECTS THERAPEUTIQUES EN MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION(MPR).**
- 1- Identifier les techniques utilisées en MPR
- 2- Enumérer les différents intervenants en spécifiant leurs compétences et leurs modalités d'exercice en MPR.

I - HANDICAP

- **historiques :**
- 1893 : nomenclature internationale des causes de décès.
- • 1948 : 6 eme révision de la CIM (classification internationale des maladies); définition de la santé comme un «état complet de bien-être physique, mental et social» (constitution de l'OMS)
- • La CIH (classification internationale des handicaps initiée par WOOD et adoptée en 1992).
- déficiences ---incapacités ---désavantages
- • 2001 : CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé).

HANDICAP

- La CIF :

- La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap.

-Elle a été entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2001 .

HANDICAP

- La CIF :

.Le fonctionnement et le handicap sont des concepts multidimensionnels qui permettent de mettre en avant l'interaction dynamique entre plusieurs composantes :

– les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus
– les activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent .
– les facteurs environnementaux qui influencent leur participation
– les facteurs personnels

-La CIF ne classifie pas les individus mais bien le fonctionnement des individus.

Définitions des composantes de la CIF

- Activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
- Participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
- Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Définitions des composantes de la CIF

- Les facteurs environnementaux désignent l’environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.
- Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

LES BUTS - CIF

- fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de la santé, les conséquences qui en découlent et leurs déterminants.

- établir un langage commun pour décrire les états de la santé et les états connexes de la santé afin d'améliorer la communication entre différents utilisateurs, notamment les travailleurs de santé, les chercheurs, les décideurs et le public en général, y compris les personnes handicapées.

- permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments.

- fournir un mécanisme de codage systématique pour les systèmes d'information sanitaire.

CODAGE - CIF

- La CIF est organisée en deux parties.

-La Partie 1 comprend les composantes suivantes:

- Fonctions organiques et Structures anatomiques
- Activités et participation.

-La Partie 2 comprend les composantes suivantes:

- Facteurs environnementaux,
- Facteurs personnels (qui ne sont pas classifiés dans la CIF).

-Ces composantes sont rappelées par des préfixes apparaissant dans chaque code

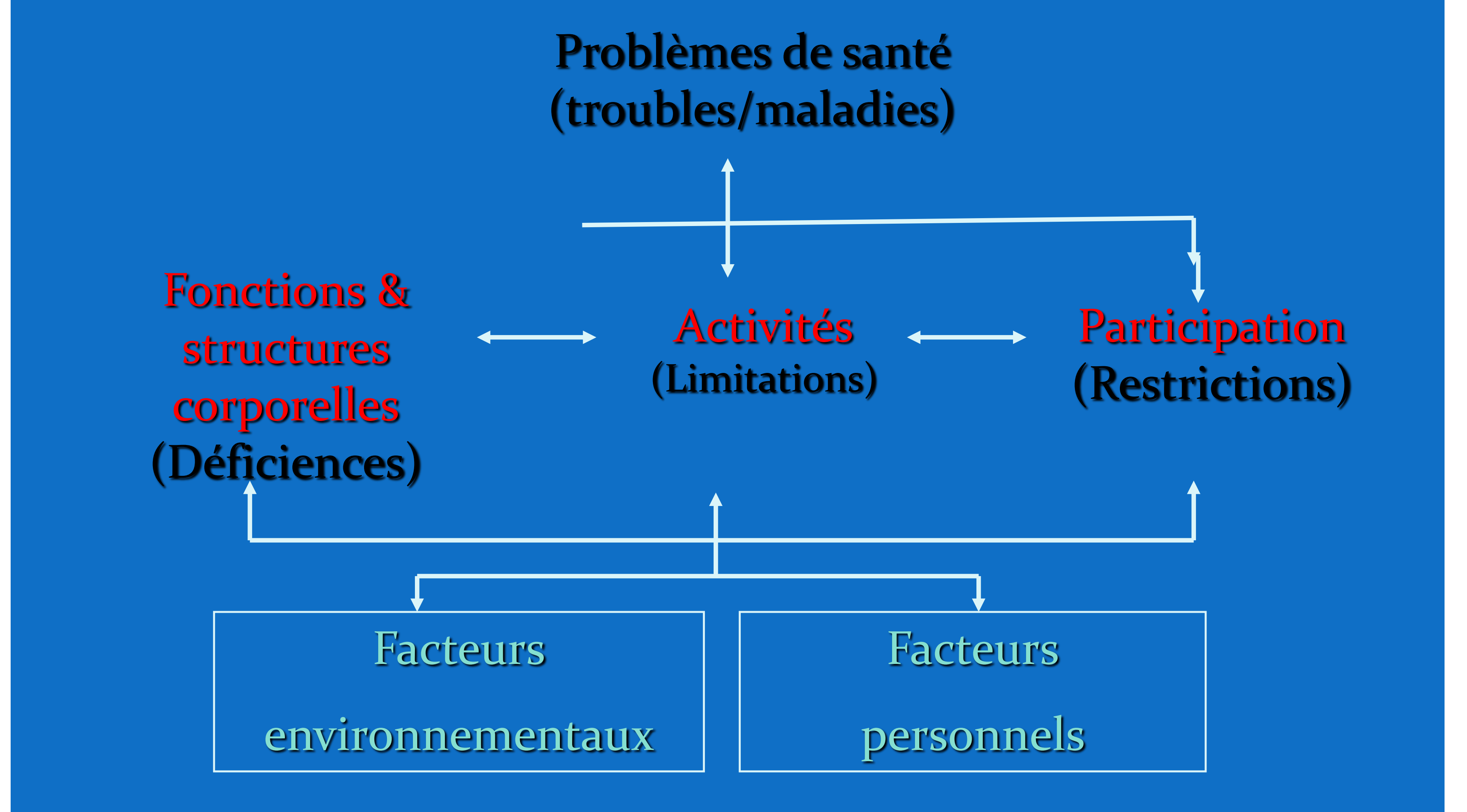
- *b pour les fonctions organiques*
- *s pour les structures anatomiques*
- *d pour l'activité et la participation*
- *e pour les facteurs environnementaux*

TERMINOMGIES-ECELLES EVALUATIONS

- TROIS MOTS CLEFS -----

- DEFICIENCES
- LIMITATIONS D’ACTIVITES
- RESTRICTIONS DE PARTICIPATIONS

Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, OMS, 2001)



A - DEFICIENCES

- Les déficiences peuvent être motrices, sensitives, articulaires, viscérales, psychologiques, cognitives .

-Déficiences articulaires : Une limitation des amplitudes articulaires peut être quantifiée en degrés à l'aide d'un goniomètre.

-Déficiences motrices : Les déficiences motrices peuvent revêtir différents aspects en fonction du niveau de la lésion.

Le testing musculaire manuel est à connaître car très utilisé en pathologie neurologique périphérique pour quantifier de façon simple la perte de force musculaire.

-Déficiences cognitives : De nombreuses échelles cliniques peuvent être utilisées pour le dépistage et la quantification des déficiences cognitives. L'une des plus connues est le *Mini Mental State Examination* (MMSE de Folstein), mise au point pour le dépistage rapide d'une détérioration intellectuelle.

- La douleur : EVA

B - Limitations d'activités

- Comment mesurer les limitations d'activité?
- Les fonctions motrices (marche, préhensions ...), cognitives (communication ..), sensorielles
- (vision, audition ...), viscérales (respiratoires ...) s'évaluent :
- d'abord par l'interrogatoire et l'examen clinique .
- à l'aide d'échelles qui sont très utiles pour structurer l'examen, évaluer l'évolution du malade dans le cadre du traitement individuel ou le comparer à d'autres dans le cadre de protocoles de recherche clinique;
- avec l'aide de l'analyse instrumentale.
- Pour avoir le plus de sens possible, l'évaluation des fonctions doit être la plus proche possible de la réalité quotidienne du patient voire se faire en milieu réel; on parle alors d'évaluation écologique.
- Toutes les fonctions (marche, préhension, communication, déglutition, audition ..) peuvent

être évaluées à l'aide de mesures et d'échelles' .

Limitations d'activités

- On distingue .

- les échelles génériques, qui mesurent plus globalement le retentissement fonctionnel dans la vie d'un patient sur diverses activités et sont utilisées quelle que soit la pathologie;

- les échelles spécifiques d'une fonction ou d'une maladie.

- Pour toutes ces échelles fonctionnelles, il faut noter qu'un bon score ne signifie pas l'absence de déficience. Ainsi, par exemple, la persistance d'un déficit moteur peut ne pas avoir de retentissement fonctionnel tel qu'il est évalué par les échelles.

Les échelles génériques

1- Echelle de Rankin .

- Il s'agit d'une échelle très globale du handicap, essentiellement utilisée dans les séquelles neurologiques motrices, des AVC (accidents vasculaires cérébraux) principalement .

2- Index de Barthel .

-Il est en fait utilisé pour les pathologies neurologiques et plus particulièrement les hémiplégies .

- Il est simple d'emploi et mesure dix activités avec un score allant de 0 (dépendance totale) à 1 00 (aucune dépendance). Il donne rapidement une indication sur la situation fonctionnelle .

- état grabataire de O à 20 .

-dépendance permettant d'envisager un retour à domicile au-dessus de 60.

-Un score à 1 OO signifie que le sujet est indépendant (sur les items moteurs mesurés) mais ne signifie pas pour autant que le sujet n'a plus de déficience.

-L'index de Barthel a l'inconvénient de ne pas prendre en compte les fonctions cognitives et comportementales.

Les échelles génériques

-Mesure d 'indépendance fonctionnelle

- La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) est plus récente
- Elle est un peu moins simple que l'index de Barthel car elle comporte dix-huit items, mesurés chacun selon sept niveaux, mais elle est plus complète notamment grâce à l'adjonction d'items cognitifs .
  -elle est plus sensible aux changements.
  -Elle peut être très largement utilisée, quelles que soient les pathologies et déficiences en cause.
  -C'est un bon outil, validé en français, pour comparer les états fonctionnels et cibler les besoins en rééducation et réadaptation; elle est sensible au changement.

Échelles spécifiques

- Des échelles spécifiques pour certaines pathologies ou groupes de pathologies ont été développées; en voici quelques exemples .

1 - l'indice fonctionnel de la main de Cochin (**IFMC**) est validé pour la main rhumatoïde et la main arthrosique .

2 - l'indice algofonctionnel de **Lequesne** est utilisé pour la coxarthrose .

3 - l'échelle de **Borg** est utilisée dans les limitations respiratoires : elle mesure l'impression de perception qu'a la personne de l'effort

C - *Restrictions de participation*

-Evaluer les handicaps ne peut évidemment se limiter à mesurer les limitations d'activités, mais doit tenir compte du mode de vie propre du sujet.

-Les programmes de rééducation et de réadaptation n 'ont de sens que s'ils sont personnalisés. non seulement en fonction des déficiences du sujet mais surtout en fonction de ses besoins : mode de vie habituel. place dans la famille et dans la société, profession, loisirs, projets ..

-Ainsi, l'évaluation des handicaps, au sens le plus large du terme, s'intéresse au projet de vie du sujet. Celui-ci doit être au cœur de tout acte médical et particulièrement de la rééducation et de la réadaptation.

-En pratique médicale quotidienne, l'évaluation des restrictions de participation repose essentiellement sur l'interrogatoire minutieux du patient (type de domicile, profession, loisirs ...)

E - Concept de qualité de la vie

- L'OMS définit la qualité de la vie comme un «sentiment subjectif de complet bien-être physique, moral et social».
- C'est un concept différent de la santé, de l'absence de maladie ou de handicap : on peut avoir une bonne récupération après une maladie ou un accident, ne pas garder de limitations d'activités importantes, et pourtant ne pas être heureux et estimer que l'on a une mauvaise qualité de vie.

E - Concept de qualité de la vie

- De nombreux questionnaires et échelles, génériques et spécifiques, sont proposés pour évaluer la qualité de la vie. Parmi les génériques .

-la WHOQOL *(World Health Organization Quality of Life)* .

-le Nottingham Health Profile .

-le questionnaire SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36),

traduits et validés en français, sont les plus utilisés.

II - ASPECTS THERAPEUTIQUES EN MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION(MPR)

- **Les rôles du médecin MPR** :

- diagnostic, suivi médical, dépistage et traitement des diverses conséquences et complications propres à de nombreuses pathologies .

- évaluation des déficiences et des handicaps (limitation d'activité, restriction de participation, pour des prescriptions complexes ou expertises.

- évaluation du pronostic et de la place de la rééducation.

- prescription et coordination d'actes complexes de rééducation et de réadaptation.

- éducation thérapeutique.

-aide à l'orientation et à la réinsertion.

- suivi médical au long cours des personnes handicapées.

II - INTERVENANTS

- **Professions paramédicales (auxiliaires médicaux)**
- ***1. Le masseur kinésithérapeute***
- La kinésithérapie désigne étymologiquement le traitement par le mouvement
- ***2. L'ergothérapeute***

-L'ergothérapie est la rééducation par les activités manuelles - étymologiquement «par le travail». L'ergothérapie est indiquée dans la rééducation des troubles sensitivomoteurs touchant principalement la préhension.

- ***3. L'orthophoniste***

-L'orthophonie consiste à prévenir, évaluer et prendre en charge aussi précocement

que possible les troubles de la voix, de l'articulation, de la communication, de la parole, de la déglutition oropharyngée

- ***4. le psychomotricien***

-La psychomotricité a pour objet de prévenir ou traiter l'altération du développement psychomoteur et de l'organisation psychomotrice d'un patient à tous les âges de la vie.

II - INTERVENANTS

5- l 'orthoptiste

-est spécialisé dans le dépistage et la rééducation des troubles visuels (strabisme, défaut de convergence, amblyopie .

6- le pédicure-podologue

- Il réalise :

• les soins de pied (ongles, durillons, cors) à l'exclusion de toute intervention pouvant provoquer l'effusion de sang;

• les semelles orthopédiques et les orthoplasties. Il peut procéder au renouvellement d' une prescription médicale initiale d'orthèse plantaire datant de moins de 3 ans.

7-***Le psychologue***

- Le psychologue participe au programme de rééducation des patients qui présentent des déficiences complexes, le plus souvent neurologiques (traumatismes crâniens

et accidents vasculaires cérébraux, lésions médullaires graves ...) et participe l'accompagnement des différentes étapes de la réadaptation

PRINCIPES THERAPEUTIQUES

- **TECHNIQUES ANTALGIQUES DIRECTES**
- Les techniques antalgiques directes ont pour objectif de diminuer la douleur. Elles
- comprennent les massages et la physiothérapie. Elles facilitent la réalisation d'exercices et
- d'activités à visée thérapeutique.
- **1) Massothérapie**
- Les massages consistent en diverses techniques manuelles à base d'effleurage, de pétrissage, de frictions et de vibrations. Ils intéressent les plans superficiels et les différents composants ab-articulaires de la région traitée.
  Ils sont à proposer avec prudence, pour des raisons de tolérance, en cas de lésion ou de fragilité cutanée et de poussée articulaire douloureuse.

PRINCIPES THERAPEUTIQUES

- **2) Physiothérapie**
- La physiothérapie correspond à l'usage des agents physiques suivants : chaud, froid, laser , courants électriques et ultrasons.

-La thermothérapie comprenant le recours au chaud ou au froid
- le froid est l'élément le plus simple d'utilisation et le plus répandu.
-Le froid, à des températures inférieures ou égales à 0 °C, est classiquement recommandé en cas de poussée articulaire.

KINESITHERAPIE

- La kinésithérapie est le principe actif essentiel de la rééducation en rhumatologie.

-Elle repose sur des techniques de mobilisation et postures, des exercices d'entretien et de renforcement musculaires, ainsi que sur des techniques de reprogrammation sensorimotrice.

KINESITHERAPIE

1- **Les techniques de mobilisation** sont des exercices dynamiques dont l'objectif est l'entretien ou l'amélioration de l'amplitude des mouvements. Ils sont pour cette raison dits à dominante articulaire.

.

-on distingués parmi ces techniques les mobilisations passives, les mobilisations actives et

- le contracter-relâcher. Ce dernier consiste à utiliser la phase d'inhibition musculaire suivant une contraction volontaire, pour l'étirement d'un muscle hypo extensible.

-2) **Postures**

-Les postures sont des techniques statiques. Elles correspondent à des attitudes adoptées par

un segment de membre ou par le rachis. Elles visent à s'opposer à une déformation ou à obtenir une position antalgique. Il peut s'agir de postures contre pesanteur, d'auto postures prises par le patient lui-même, ou de postures imposées, sous contraintes manuelles contrôlées par le kinésithérapeute.

KINESITHERAPIE

- **3) Entretien et renforcement musculaires**

-L'entretien et le renforcement musculaires sont théoriquement réalisés sur un mode isométrique (contraction musculaire sans mouvement segmentaire), isotonique (contraction musculaire dynamique contre charge constante) ou isocinétique (contraction musculaire lors de mouvements de vitesse constante).

-Pour des raisons de tolérance, le choix se porte le plus souvent sur un travail isométrique sans charge imposée ou contrarié manuellement, ou sur un travail isotonique de faible intensité. L'effort sollicité est entrecoupé de phases de repos.

- Ces exercices musculaires sont utilisés pour prévenir ou réduire faiblesse segmentaire, instabilité et amyotrophie, ainsi que pour s'opposer à d'éventuelles déformations.

KINESITHERAPIE

- **4) Reprogrammation sensori-motrice**

-Certaines techniques visent à induire une action motrice en réponse à une information sensitive, proprioceptive notamment.
-Elles peuvent être décomposées en un apprentissage en trois étapes :

-Perception d'une position articulaire ou d'un mouvement censé déclencher une réaction musculaire .
-acquisition du contrôle volontaire de la réponse motrice.
-automatisation des séquences de perception et de réaction motrice.

ERGOTHERAPIE

- L’ergothérapie repose spécifiquement sur la pratique d’activités ludiques et artisanales dans le but d’une optimisation fonctionnelle. Encadrée par les ergothérapeutes, elle intègre aussi
- l’usage de techniques antalgiques directes et de kinésithérapie. Le confort, la sécurité (économie articulaire) et l’efficacité du geste y sont enseignés et recherchés.
  -Ces objectifs sont parfois atteints par l’usage d’orthèses et d’aides techniques confectionnées à la demande

APPAREILLAGE

- **1) Orthèses**

-Les orthèses entrent dans le cadre de la prescription du petit et du grand appareillage.

-En matériaux rigides ou semi-rigides, elles sont proposées dans l'idée d'immobiliser une articulation en position de repos ou de fonction, à des fins antalgiques. Dynamiques, élastiques ou articulées .

-elles visent aussi à améliorer la proprioception et la stabilité, voire à limiter les contraintes articulaires lors du mouvement.

-Les orthèses sont également applicables au rachis cervical et au rachis lombaire.

APPAREILLAGE

- **2) Aides techniques**

-Les aides techniques sont des moyens palliatifs extrêmement variés.

-Elles sont proposées pour le maintien d'activités spécifiques, lorsque les capacités fonctionnelles propres des patients sont dépassées .

-Les cannes sont des aides techniques. Elles peuvent faciliter la déambulation mais aussi permettre la mise en décharge d'un membre inférieur lors de poussées articulaires.

-déambulateur – cadre de marche ....

CONCLUSION

- En pratique, nous pouvons définir le handicap comme ce qu'il reste quand on a dépassé le stade des récupérations possibles et le stade des compensations ; c'est donc une situation « stabilisée » face à l'environnement.

- Avant d'obtenir cette situation dite « stabilisée », le chemin est long et le patient doit prendre conscience que son horizon sera, sans doute, autre que celui désiré mais moins obscur que ce qu'il pouvait imaginer.